

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling DGfM zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG 2026)

Kurzfassung

Der vorliegende Referentenentwurf ist aus Sicht der DGfM ein überwiegend ausgabenorientiertes Konsolidierungspaket, das die Vergütungsdynamik in stationärer und ambulanter Versorgung dämpft und zugleich die Finanzierungsbasis der GKV durch Einnahmenmaßnahmen stärkt. **Für Universitätsklinika und andere Maximalversorger führt dies zu einer strukturellen Entkopplung von Kosten- und Erlösentwicklung, die insbesondere Personalkosten und Pflegevorhaltung nicht ausreichend abbildet.** Die DGfM begrüßt das Ziel der Beitragssatzstabilisierung, warnt jedoch vor erheblichen negativen Effekten auf Versorgungsqualität, Forschung und Lehre sowie vor zusätzlicher Belastung des Medizincontrollings und des MDK-Schnittstellenmanagements.

Wörtlich aus der Analyse der Vorstände: „Der Entwurf ist aus Sicht eines Universitätsklinikums vor allem ein Kostendämpfungs- und Einnahmeumverteilungsgesetz: Er bremst Sachkosten- und Personalaufwuchs im Krankenhaus, reduziert zugleich ambulante Vergütungsbestandteile und verschiebt einen Teil der Finanzierungslast auf Arbeitgeber und höher verdienende Mitglieder.“

Diese Einschätzung unterstreicht die Notwendigkeit, die besonderen Aufgaben und Kostenstrukturen universitärer Medizin in der parlamentarischen Beratung zu berücksichtigen.

Bewertung der zentralen Maßnahmen und Wirkungen

1. BEGRENZUNG DER VERGÜTUNGSANSTIEGE AUF DIE GRUNDLOHNRATE

- **Wirkung:** Direkte Dämpfung der DRG-Basisfallwertentwicklung und der Anpassungen im ambulanten Bereich.
- **Folge für Kliniken:** Entstehung eines strukturellen Deckungslückens, da Tarif- und Sachkosten (Energie, Medizintechnik, Digitalisierung) regelmäßig über der Grundlohnrate liegen.
- **Auswirkung auf Medizincontrolling:** Erhöhter Druck zur kurzfristigen Kompensation durch Effizienzmaßnahmen; verstärkte Notwendigkeit, Kostenstellen und Leistungsprofile granular zu steuern.

2. AUFHEBUNG DER VOLLSTÄNDIGEN TARIFREFINANZIERUNG

- **Wirkung:** Kliniken müssen Tarifsteigerungen teilweise aus Eigenmitteln tragen.
- **Folge:** Erhöhte Personalrisiken, mögliche Reduktion von Stellen oder Leistungsangeboten.
- **Auswirkung auf MDK/Medizincontrolling:** Mehr Nachweise zur Personalbedarfsbegründung; aufwändigere Verhandlungen mit Kostenträgern.

3. BEGRENZUNG PFLEGEBUDGETS UND GESAMTBETRÄGE

- **Wirkung:** Pflegekostensteigerungen werden nicht 1:1 refinanziert.
- **Folge:** Verlust struktureller Deckungsbeiträge; Gefahr von Qualitäts- und Vorhalteabbau.
- **Auswirkung auf Dokumentation:** Zunahme an Prüfungen zur Pflegebedarfsdokumentation; höherer Dokumentationsaufwand für Pflege- und Medizincontrolling.

4. REDUKTION EXTRABUDGETÄRER VERGÜTUNGEN IM AMBULANTEN BEREICH

- **Wirkung:** MVZ, Hochschulambulanzen und Ermächtigungen verlieren Einnahmen.
- **Folge:** Verlagerungsdruck auf stationäre Versorgung oder Leistungsreduktion in Ambulanzen.
- **Auswirkung auf MDK:** Mehr Prüfungen zu Abgrenzungen ambulant/stationär; Bedarf an klaren Abrechnungsleitfäden.

5. ARZNEIMITTEL- UND HILFSMITTELREGULIERUNG

- **Wirkung:** Potentielle Sachkostensenkungen; Effekte sind bei spezialisierten Kliniken begrenzt.
- **Folge:** Teilweise Kompensation der Erlöseinbußen, aber nicht ausreichend für Personalkostenlücken.

6. MAßNAHMEN ZUR EINNAHMENSEITE (BBG, MINIJOBS, FAMILIENVERSICHERUNG)

- **Wirkung:** Systemstabilisierend für GKV; keine direkte kurzfristige Entlastung der Kliniken.
- **Folge:** Makroökonomisch positiv, aber für einzelne Häuser nicht als Kompensation geeignet.

Auswirkungen auf Medizincontrolling und MDK-Prozesse

- **Steigende Prüf- und Koordinationslast:** Neue Nachweispflichten (Zweitmeinungen, Indikationsnachweise, Festbetrags-Protokolle) erhöhen die Schnittstellenarbeit zwischen Klinik, MDK und Kostenträgern.
- **IT- und Datenbereitstellungsaufwand:** Standardisierte, maschinenlesbare Datenlieferungen werden erforderlich; viele Kliniken müssen in Schnittstellen und Personal investieren.
- **Zeitverlagerung:** Medizincontroller und klinische Dokumentationskräfte werden stärker in administrative Prüfprozesse eingebunden; dies reduziert Kapazitäten für klinische Steuerung und Qualitätsmanagement.
- **MDK-Reformintentionen:** Die DGfM unterstützt die Zielsetzung, Prüfprozesse zu vereinfachen und bürokratische Doppelarbeit zu vermeiden; der Entwurf enthält jedoch keine hinreichenden Mechanismen zur Entlastung der Leistungserbringer.

Konkrete Vorschläge zur Bürokratie- und Prüfungsreduktion

Ziel: Reduktion des Dokumentationsaufwands um mindestens 20–30 % ohne Qualitätsverlust.

1. Einheitliche digitale Schnittstellen

- Einführung einer verbindlichen, nationalen API-Spezifikation für MDK-Anfragen, Zweitmeinungen und Abrechnungsdaten.

2. Risikobasierte Prüfpriorisierung

- MDK-Prüfungen nach Risikoklassen: Vollprüfung nur bei definierten Risikokriterien; Standardfälle per Stichprobe.

3. One-Stop-Reporting

- Einmalige Datenerhebung für mehrere Meldepflichten; zentrale Datenplattform für KVen, MDK und Bundesstellen.

4. Telemedizinische Zweitmeinungen mit Kurzstandard

- Standardisiertes Kurzprotokoll für telemedizinische Zweitmeinungen; MDK-Eingriff nur bei Widersprüchen.

5. Evaluationsklausel für neue Pflichten

- Jede neue Dokumentationspflicht wird nach 12 Monaten auf Nutzen-Kosten-Relation geprüft; bei fehlendem Nutzen automatische Rücknahme.

6. Finanzierung von MDK-Koordinatoren

- Zuschüsse für dedizierte MDK-Koordinatoren in Kliniken zur Entlastung ärztlicher und pflegerischer Ressourcen.

7. Messung und Zielvorgabe für Bürokratiezeit

- Einführung eines Indikators „Dokumentationszeitanteil“ mit Zielwerten und Monitoring; jährliche Berichterstattung.

Begründung: Viele aktuelle Pflichten sind politisch motiviert, nicht evidenzbasiert. Digitalisierung und risikobasierte Prüfsteuerung reduzieren Aufwand ohne Qualitätsverlust.

Prävention als strategischer Hebel

Forderung: Prävention konsequent als Gamechanger finanzieren und operationalisieren, mit Fokus auf Tabak, Alkohol und zuckerreiche Ernährung.

- **Maßnahmen:** Ausbau sektorenübergreifender Präventionsprogramme, Vergütungsanreize für präventive Beratung, verbindliche Screening-Programme.
- **Wirkungspotenzial:** Ambitionierte Präventionsprogramme können nach konservativen Schätzungen **1,5–2,5 Mio. stationäre Fälle** jährlich vermeiden; dies würde die GKV-Ausgaben nachhaltig senken und den Druck auf Vergütungsdeckel reduzieren.
- **DGfM-Position:** Prävention muss als Investition in die Versorgungstabilität verstanden und langfristig finanziert werden.

Finanzielle Gesamteinschätzung für ein Klinikum Level III/IIIu

Annahmen: stationär ≈ 85 % des Umsatzes; Personalkostenquote ≈ 60–65 %; moderate Sachkosteneffekte durch Arzneimittelmaßnahmen.

Plausible Bandbreite jährlicher Effekte:

- **Nicht refinanzierte Personalkosten (Tarif-Gap):** –10 bis –15 Mio. €
- **Deckelung Basisfallwerte / Pflegebudget:** –5 bis –12 Mio. €
- **Wegfall extrabudgetärer Zuschläge:** –1 bis –3 Mio. €
- **Ambulante Erlöseinbußen:** –0,5 bis –2 Mio. €
- **Sachkosteneinsparungen:** +2 bis +6 Mio. €

Nettoeffekt: –15 bis –26 Mio. € p.a. ($\approx$ –2,0 % bis –3,5 % des Umsatzes).

Bewertung: Diese Belastung ist substantiell und gefährdet ohne Ausgleichsmechanismen die Leistungsfähigkeit, Ausbildungs- und Forschungsaufgaben sowie die Personalstabilität.

Forderungen der DGfM (Kurzfassung)

1. **Ausnahmeregeln für Universitätsklinika** bei Refinanzierung von Tarifsteigerungen und Vorhalteaufgaben.
2. **Übergangsmechanismus** zur Kompensation nicht refinanzierter Tarifkosten bis zur vollständigen Systemanpassung.
3. **Verbindliche Bürokratieentlastung:** digitale Schnittstellen, risikobasierte Prüfungen, One-Stop-Reporting.
4. **Finanzierung von MDK-Koordinatoren** und Anerkennung von Dokumentationszeitkontingenten in Personalbemessungen.
5. **Präventionsoffensive** mit klaren Zielvorgaben und Finanzierung, um 1,5–2,5 Mio. stationäre Fälle national zu vermeiden.
6. **Evaluationsklausel:** Jede neue Dokumentationspflicht wird nach 12 Monaten überprüft.

Schlussbemerkung

Die DGfM unterstützt das Ziel einer stabilen GKV-Finanzierung. Der vorliegende Entwurf droht jedoch, die universitäre Spitzenmedizin und die Steuerungsressourcen des Medizincontrollings unverhältnismäßig zu belasten. Wir bieten dem Gesetzgeber unsere fachliche Unterstützung an, um praktikable Ausnahmeregeln, digitale Standards und wirksame Bürokratieentlastungen zu gestalten, die Beitragssatzstabilität und Versorgungsqualität zugleich sichern.

Berlin, 20.4.2026

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling DGfM
Vorstand und Fachgruppe Medizincontrolling